



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

FLÁVIA DE SOUZA VIRIATO

**AS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE UM CAPS II  
SOBRE AS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

Brasília – DF

2018

**FLÁVIA DE SOUZA VIRIATO**

**AS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE UM CAPS II  
SOBRE AS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia  
como requisito parcial para obtenção do título de  
Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professora Orientadora: Prof. Dra. Ioneide de  
Oliveira Campos

Brasília – DF

2018

FLÁVIA DE SOUZA VIRIATO

**AS PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE UM CAPS II  
SOBRE AS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como  
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em  
Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dra. Ioneide de Oliveira Campos

Orientadora

---

Prof. Dra. Josenaide Engracia dos Santos

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília, 09 de julho de 2018.

Dedico todas as minhas palavras

À Maria, minha, exemplo de mãe, companheira  
e mulher;

Ao Luis, meu super-herói, fã número um;

Ao André, irmandade, parceiro de risos e  
brigas;

Ao Sérgio, aquele que realça os meus dias.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço,

Aos meus pais, Maria e Luís, e irmão, André, por todo incentivo, apoio e carinho, por serem minha base, minha principal motivação e maior exemplo de amor.

Ao meu namorado, Sérgio, por todo o companheirismo, risadas e lágrimas compartilhadas, pela revisão dos meus textos e compreensão dos meus momentos de ausência.

À Gabi, Pâmella e Luisa, por todas as trocas, ajudas, revisões de textos e madrugadas em claro durante todo o processo de escrita, além da amizade que construímos a cada dia.

À Manu e Iane, pela amizade que tornaram a graduação mais agradável.

À Raphaella, minha primeira amizade sincera, que mesmo longe, sempre esteve presente.

À minha orientadora, Ioneide, pelo incentivo e pelo compartilhamento de suas ideias e conhecimentos.

À minha banca, Josenaide, por toda disponibilidade, atenção e compreensão em avaliar este trabalho, como também por todo conhecimento transmitido durante a graduação.

Aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial, pelo acolhimento de sempre e disposição em compartilhar suas experiências.

*“Nunca se esqueça de quem você é, porque é certo que o mundo não se lembrará. Faça disso sua força. Assim, não poderá ser nunca a sua fraqueza. Arme-se com esta lembrança, e ela nunca poderá ser usada para magoá-lo.”*

(George R. R. Martin)

## **RESUMO**

VIRIATO, F. S. **As perspectivas dos profissionais de um CAPS II sobre as notificações de violência.** 2018, 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade de Brasília, Trabalho de Conclusão de Graduação em Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2018.

Apesar de estar inserida nos serviços de saúde desde 2011, a ficha de notificação da violência ainda é um instrumento com baixa notoriedade. Com um delineamento exploratório-qualitativo, e a realização de entrevistas, como método de coleta de dados, este trabalho buscou avaliar o processo de implantação da ficha de notificação da violência em um CAPS II, bem como as facilidades e dificuldades dos quatros profissionais entrevistados, na aplicação da mesma. Os resultados apontaram que a ficha de notificação da violência chegou ao serviço através de capacitações dadas pelo Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) e que os profissionais do CAPS ainda possuem dificuldades na utilização desse protocolo no Serviço. Considera-se que capacitar os profissionais e tornar a notificação um tema de importante frequência no serviço pode contribuir para um maior conhecimento dos profissionais em torno da temática, assim também facilitando o manejo dos casos e um trabalho interdisciplinar mais efetivo.

**Palavras-chave:** Violência; Política Pública; Saúde Pública; Saúde Mental.

## **ABSTRACT**

**VIRIATO, F. S. Prospects of CAPS II professionals on reports of violence.** 2018, 42s. Final Paper (Graduation) – University of Brasília, Final Paper in Ocupacional Therapy, College of Ceilândia. Brasília, 2018.

Although being part of the health services since 2011, the record of reporting violence is still an instrument with low visibility. With an exploratory-qualitative delimitation, and the interviewing, as method of data collection, this work sought to evaluate the process of implementation of the report card of violence in a CAPS II, as well as the facilities and difficulties of the four professionals interviewed, in the application of the same. The results indicated that the report of the violence came to the service through training provided by the PAV and that the CAPS professionals still have difficulties in using this protocol in the service. It is considered that training the professionals and making the notification a topic of important frequency in the service can contribute to a greater knowledge of the professionals around the thematic, as well as facilitating the handling of the cases and a more effective interdisciplinary work.

**Keywords:** Violence; Public Policy; Public Health; Mental Health.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DANT – Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

ICH – Instituto de Ciências Humanas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAV – Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência

PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Violências

SIM/MS – Subsistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Violência e Saúde Pública .....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. Violência e Saúde Mental .....</b>	<b>16</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>18</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>4.1. Histórico da Implantação .....</b>	<b>21</b>
<b>4.2. Facilidades e dificuldades dos profissionais no uso do protocolo de notificação serviço .....</b>	<b>22</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>28</b>
<b>APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP ICH/UNB .....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE..</b>	<b>41</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, são registrados 1,3 milhão de mortes anuais ocasionadas pelas várias formas de violência, assim correspondendo a 2,5% da mortalidade global (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2015). A Organização Mundial da Saúde (2002), define violência como

o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

A violência pode ser classificada empiricamente em três formas: a violência auto infligida, contemplando comportamentos suicidas e auto abusos; a violência interpessoal, que divide-se entre intrafamiliar e comunitária, onde a intrafamiliar é aquela que ocorre entre os parceiros íntimos ou membros da mesma família e a comunitária ocorre no ambiente social em geral, seja com pessoas conhecidas ou desconhecidas; e por último, a violência coletiva que são atos violentos que ocorrem em dimensões macrosociais, políticos e econômicos, como atos terroristas e guerras, por exemplo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2002).

Quanto à natureza da violência, pode-se classificá-la em quatro modalidades: física, onde ocorre uso da força para produzir feridas, dores e/ou incapacidade na vítima; psicológica, que são agressões verbais ou gestuais com o intuito de rejeitar, aterrorizar e/ou humilhar a vítima; sexual, que diz respeito ao ato sexual sem livre consentimento e impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças; e negligência ou abandono, denominada pela ausência ou rejeição de cuidados ao indivíduo que necessita dos mesmos (COELHO; SILVA; LINDNER, 2018; BRASIL, 2006).

Um dos atos violentos mais comuns em nossa sociedade é o homicídio, considerado o principal responsável pelos altos índices de mortalidade com relação à violência em âmbito mundial e apresenta-se como indicador universal e utilizado como parâmetro para mensurar e comparar dados entre regiões e países (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME [UNODC], 2011). Em 2012, pondera-se que 475 mil pessoas no mundo foram vítimas de homicídio, onde os países de alta renda registraram taxas menores do que a dos países de

renda média e baixa, cujas maiores taxas estão na Região das Américas seguida da Região Africana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Segundo o estudo de Fowler, Dahlberg, Haileyesus e Annet (2015), a cada ano mais de 30 mil pessoas são vítimas de homicídio por armas de fogo e 67 mil pessoas fazem parte de incidentes não fatais com armas de fogo nos Estados Unidos. Fazendo um comparativo com o Brasil, segundo o Subsistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), entre 1980 e 2014, 967.851 pessoas morreram com o uso de armas de fogo, sendo 44.861 vítimas no ano de 2014, com a região Nordeste do país sendo a maior detentora de registros de homicídios com armas de fogo. Em média, a cada 100.000 habitantes, 32,8 pessoas foram vítimas, no ano de 2014 (WASELFISZ, 2016).

Também no Brasil, a violência contra a mulher é um dos tipos de violência que vem ganhando força, ocupando a 5ª posição entre os países com maior índice de homicídios femininos dentre 84 países, com a taxa média anual de 4,8 assassinatos femininos em cada 100 mil mulheres, segundo o Mapa de Violência 2015 (WASELFISZ, 2015).

Para a Organização Mundial da Saúde - OMS (2015), em muitos países, a falta de dados dificulta o processo de desenvolvimento de políticas nacionais e planos de ação sobre violência, que frequentemente são elaborados sem o subsídio de dados, assim dificultando as atividades de planejamento e prevenção. Países como Bangladesh, Emirados Árabes, Guiana e Quênia não possuem políticas e plano de ação na temática da violência, assim dificultando a prevenção e uma maior conscientização sobre a temática. Já a Alemanha, Brasil, Canadá e Estados Unidos são exemplos de países que possuem políticas e planos de ação.

Sobre os planos de ação que o Brasil possui, essas são políticas e estratégias em relação às mais variadas formas de violência, além de leis e programas para a prevenção da mesma e serviços de apoio às vítimas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Uma das mais conhecidas e relevantes leis de proteção à vítima da violência é a Lei Maria da Penha. Segundo Carneiro e Fraga (2012), a Lei Maria da Penha (também conhecida como Lei n. 11.340/2006) foi divulgada em 7 de agosto de 2006 com tal nome em homenagem a uma vítima da violência doméstica no Brasil, a biofarmacêutica Maria da Penha Maia e objetiva prevenir, punir e erradicar a violência a contra a mulher.

Essa lei foi embasada no parágrafo 8º do artigo 226 da Constituição Federal, na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher, na Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher e em outros tratados internacionais ratificados pela

República Federativa do Brasil, com o objetivo de criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (CARNEIRO; FRAGA, 2012).

Para garantir a aplicabilidade da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) e consolidar a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, foi criado em 2007, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres que além dos objetivos já citados, procura ampliar e fortalecer a rede de serviços para mulheres em situação de violência, garantir a segurança da mesma, garantir seus direitos sexuais e reprodutivos, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres, além de garantir a autonomia das mulheres nessa situação e a ampliação de seus direitos (BRASIL, 2011).

Em relação à Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, a mesma foi criada em 2007 e visa apresentar conceitos, diretrizes, princípios e ações de prevenção e combate à violência contra as mulheres (BRASIL, 2011). Dentre os princípios pontuados pela política, estão: igualdade e respeito à diversidade entre homens e mulheres, equidade, acesso dos direitos à todas as mulheres, participação e controle social, entre outros.

Em março de 2001, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, a proposta do Ministério da Saúde da criação de uma política específica para situações de violência intitulada “Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência” pela Portaria nº 737/GM/MS de 16 de maio de 2001, com o objetivo de prevenir e evitar a violência em suas mais variadas formas e desenvolver um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, assim contribuindo para a qualidade de vida da população (BRASIL, 2001). A partir daí, a temática foi gradativamente sendo inserida como objeto de intervenção da área da saúde.

Há também o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, com o objetivo de promover ações que levem ao cumprimento do Estatuto do Idoso (lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003) e o enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência contra o idoso, constituindo assim, um instrumento que reforça os objetivos da Política de Promoção e Defesa dos Direitos aos segmentos da população idosa do Brasil (BRASIL, 2005).

Segundo Dahlberg e Krug (2006), a violência prega um mal-estar na população, incluindo nas questões de saúde, e desde a década de 1980, o âmbito da saúde pública vem desempenhando um papel positivo sobre este tema, com o auxílio de profissionais da saúde, pesquisadores e sistemas da saúde pública que dedicam-se à tarefa de compreender a violência e suas raízes, bem como sua prevenção.

## 1.1 Violência e saúde pública

Desde meados dos anos 80, é reconhecido que a violência causa efeitos negativos na saúde da população, expressando-se no aumento de internações hospitalares e em seus custos e em altos coeficiente de mortalidade (PERES, 2014). A violência é uma forma de violação dos direitos humanos e transforma-se em problema de saúde, por afetar a saúde individual e coletiva e para que este problema seja tratado e prevenido, é exigida a formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços ao setor (MINAYO, 2005).

Além disso, traz consequências ao sistema de saúde, por evidenciar-se no aumento de gastos com hospitalização, reabilitação, emergência e assistência, geração de aposentadorias precoces e pensões, além de trazer prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho e danos mentais e emocionais vítimas e em suas famílias (MINAYO, 2005; BARRETO; TESTON; LATORRE; MATHIAS; MARCON, 2016). Cálculos mostram que cerca de 3,3% do PIB brasileiro são gastos com os custos diretos da violência, gastos esses que sobem para 10,5% se custos indiretos e transferências de recursos forem inclusos (BRASIL, 2005 apud BRICEÑO-LEÓN, 2002).

Como a saúde pública se preocupa em prevenir problemas de saúde e levar segurança à população em geral, de acordo com o estudo de Dahlberg e Krug (2006), a abordagem da saúde pública na temática da violência está concentrada em quatro eixos: a) examinar o máximo de conhecimentos básicos sobre a violência; b) investigar o porquê ela ocorre; c) explorar formas de prevenir a violência e planejar intervenções; d) disseminar amplamente as informações e intervenções. O ponto de partida da saúde pública em relação à violência é a prevenção, com a ideia de que comportamentos violentos podem ser evitados.

A violência começou a ser inserida gradativamente na área da saúde com a aprovação da Portaria GM/MS nº 737 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), instituindo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Violências – PNRMAV que enfatiza a promoção de saúde e a prevenção da violência, além do desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas no setor da saúde, a sensibilização da população em relação à temática e a elaboração e atuação através de programas, planos, atividades e projetos elaborados ou readequados a partir dessa política.

Com a implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), pela Portaria nº 1.356 em 2006, foi possível obter e divulgar dados sobre violências e acidentes no Brasil, sendo estruturado em: Vigilância Contínua, que apreendia dados de violência doméstica,

sexual e/ou outras em serviços de saúde através da “Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências”; e Vigilância Sentinela, com vigilância pontual baseando-se nas notificações de violência em serviços sentinelas de urgência e emergência (ASSIS; AVANCI; PESCE; PIRES; GOMES, 2012; BRASIL, 2008, 2011).

No momento de acolhimento à uma vítima de violência nos serviços de saúde, a prestação de atendimento de boa qualidade e apoio à mesma é significativo para reduzir traumas, ajudar na recuperação e prevenir novos atos violentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Sendo assim, a atuação dos profissionais de saúde de forma interdisciplinar é relevante no enfrentamento de vítimas de violência, desde o processo de acolhimento, com escuta e orientação, até o encontro de possibilidades para o enfrentamento do problema, de forma positiva ao indivíduo (PAIVA; SANTOS; SANTOS, 2014).

Com o objetivo de auxiliar os profissionais que atuam nos serviços notificadores para um preenchimento mais padronizado para a coleta de dados, qualificando a notificação e suas informações para que haja um melhor planejamento para a execução de políticas públicas, além de promover a saúde, a equidade e a qualidade de vida, foi criada a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada com a colaboração de profissionais do Ministério da Saúde, de instituições governamentais, instituições de ensino e pesquisa, e parcerias não governamentais (BRASIL, 2015).

Em 2009, foi inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), onde ocorre o registro de dados e seu processo de implantação ocorreu gradualmente e por adesão de estados e municípios. Com a publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, e depois da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014, a notificação de violências começou a fazer parte da lista de notificação compulsória, tornando universal a notificação para todos os serviços de saúde (BRASIL, 2015; MOREIRA; SOARES; FARIAS; VIEIRA, 2015). A ficha de notificação individual

deve ser utilizada para notificação de qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Com o uso da ficha de notificação espera-se uma melhor qualificação dos registros e que as informações deste auxiliem no planejamento, monitoramento, avaliação e execução de políticas públicas, com o intuito de diminuir os índices de violência e promover a saúde e qualidade de vida da população. Além disso, a articulação e a integração com a rede de atenção às vítimas de violências configura-se como um objetivo do uso da ficha de notificação. Quando utilizada, é necessário que seja preenchida em duas vias, para que uma permaneça no local notificador e a outra seja enviada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) para que seja realizada a consolidação dos dados. (BRASIL, 2015).

As informações coletadas na ficha subsidiarão o Poder Público e a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) na promoção de saúde e definição de políticas públicas contra a violência. Dessa maneira, a ficha de notificação é uma das estratégias do Ministério da Saúde para a prevenção da violência e para a articulação de políticas de saúde (BRASIL, 2010).

Em 2014, a Portaria nº 1.271 determinou que a notificação da violência deveria ser realizada imediatamente em situações de violência sexual e tentativa de suicídio, por exemplo, ou semanalmente, como em situações de violência doméstica, por exemplo (Brasil, 2014). No mesmo ano, outra versão da ficha de notificação, chamada “Ficha de Notificação/Investigação individual – Violência interpessoal/autoprovoçada” foi publicada pelo Ministério da Saúde (CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017).

## **1.2 Violência e saúde mental**

No âmbito da saúde mental, a violência é ou está geralmente associada ao sofrimento psíquico e as vítimas podem sofrer depressão, ansiedade, distúrbios sexuais e do humor, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), além de redução da qualidade de vida, problemas de saúde, maior uso ou abuso de álcool e drogas, insatisfação com a vida, com o corpo, com a atividade sexual e com relacionamentos interpessoais (SOUZA; DREZETT; MEIRELLES; RAMOS, 2013). Vítimas de violências estão frequentes nos serviços de saúde, e muitas vezes com a saúde mental debilitada, ocasionando um processo de sofrimento (CARNEIRO; SOUZA; PONTES; LIRA; MAGALHÃES, 2013).

A partir da instituição da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Violências – PNRMAV, os serviços de saúde mental passaram a intervir gradativamente em casos de violência, visto que de acordo com Martin, Quirino e Mari (2007), os usuários desses serviços são vítimas preferenciais da violência em seus diversos tipos.



Em uma pesquisa sobre os principais diagnósticos e sintomas de homens e mulheres em um CAPS II, Campos e Zanello (2016), demonstraram alta incidência de violência no serviço, em suas diversas formas, tornando a situação mais agravante se os “não-registros” dos profissionais forem considerados. Como a pesquisa apontou que há mais frequência da demanda de violência de gênero contra as mulheres, optou-se por enfatizar essa temática, constatando que para o serviço possibilitar um acolhimento adequado às vítimas é preciso a qualificação nas especificidades de gênero e suas interseccionalidades.

Outro estudo, com o objetivo de verificar os conhecimentos dos profissionais de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II sobre violência contra as mulheres e políticas públicas, constatou-se que a maioria dos profissionais do local, percebem que as mulheres são as que mais buscam os serviços de saúde mental, e que há diferenças nas demandas entre homens e mulheres. Enquanto as mulheres buscam por mais ajuda e relatam mais vivências em situações violentas, os homens pedem menos ajuda e seus maiores relatos são em relação às atividades sexuais ou de trabalho (PEDROSA E ZANELLO, 2016).

Ainda no estudo de Pedrosa e Zanello (2016), averiguou-se que muitas vezes os profissionais possuem dificuldades no manejo de casos de violência e nem entendem que essas podem ser uma demanda do CAPS, pois estão dentro de uma ótica biomédica, algo que é bastante enraizado durante a formação profissional. Também destaca a importância da capacitação dos profissionais para lidar com a temática além da busca de instrumentos legais que embasem sua prática.

Diante do exposto, o objetivo principal desta pesquisa é analisar o processo implantação e implementação do protocolo de notificação da violência em um CAPS II, na perspectiva dos profissionais.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

- Analisar o processo de implantação da ficha de notificação da violência em um CAPS II.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Conhecer o histórico da implantação do protocolo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada em um CAPS II;
- Conhecer as dificuldades e facilidades dos profissionais de saúde de um CAPS II na aplicação da ficha na saúde mental.

### 3. METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória-qualitativa. A fase exploratória compreende as etapas de construção do projeto até procedimentos e testes para entrada em campo (MINAYO, 2008). Já a pesquisa qualitativa, baseia-se no estudo das “relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2008).

O cenário dessa pesquisa é um CAPS II, um serviço de saúde mental, criado pela Portaria nº 336 de 2002, que tem como missão acolher adultos com sofrimento mental, “estimulando sua integração social e familiar e busca pela autonomia” (BRASIL, 2004), por meio de atividades, oficinas individuais e em grupo, além de atendimento médico e acompanhamento psicológico. Como é um serviço de saúde, o uso da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada (ANEXO B) é obrigatório e chegou ao CAPS cerca de três (3) anos atrás através do Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência - PAV, que forneceu capacitação à alguns profissionais do espaço que tinham como dever repassar o conhecimento adquirido aos outros profissionais do serviço.

Os participantes desse estudo foram quatro (4) profissionais de saúde do CAPS II de Taguatinga: duas (2) Assistentes Sociais, um (1) Psicólogo e uma (1) Terapeuta Ocupacional. Todos foram convidados tanto pessoalmente à participar da pesquisa, como também por meio do aplicativo WhatsApp. Como critério de inclusão: profissionais que já utilizaram a ficha. Constituem critérios de exclusão: profissionais que nunca utilizaram a ficha, profissionais de saúde residentes e estagiários do serviço.

Para a produção de dados da pesquisa foi utilizado um guia para a realização da entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), que obedece a um roteiro que facilita a abordagem e garante que suas hipóteses e pressupostos serão discutidos durante o diálogo (MINAYO, 2008, p. 267). Foi realizado um (1) encontro de aproximadamente 15 (quinze) minutos com cada profissional, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, os quais foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C) antes do início da coleta de dados, que posteriormente foram verificados e transcritos, para que assim haja uma maior fidelidade para análise dos dados. Optou-se por nomear os entrevistados da seguinte forma: Profissional 1, Profissional 2, Profissional 3 e Profissional 4. Foi elaborado um histórico da implantação do protocolo no serviço, a partir das entrevistas realizadas.

Para realizar a análise dos dados, os núcleos temáticos foram identificados, por meio de três fases do processo que são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação, respectivamente (MINAYO, 2008). As duas categorias construídas a partir da análise dos núcleos temáticos são: facilidades e dificuldades dos profissionais na aplicação da ficha em demandas do serviço.

A pré-análise é o momento em que se escolhe os documentos que serão analisados e as hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa são retomadas. A exploração do material é a segunda fase, porém na análise temática tradicional é a primeira. Essa fase consiste numa operação classificatória que procura alcançar o núcleo de compreensão do texto. Por fim, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação é o momento em que os resultados são submetidos a porcentagens ou análises fatoriais que permitem colocar as informações coletadas em relevo. A partir disso, o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações que podem relacionar-se com as teorias desenhadas em primeiro momento ou abre novos caminhos em torno de novas teorias e interpretações (MINAYO, 2008).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas (ICH) da Universidade de Brasília sob o parecer nº 692.165 de 30/05/2014 (ANEXO A).

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Histórico da implantação

Dos quatro participantes da pesquisa, três possuem conhecimento de como a ficha de notificação chegou ao serviço e como foi o processo de implantação. Ao responderem aos questionamentos, foi perceptível que todos tiveram vivências diversificadas, bem como, diferentes perspectivas sobre a temática. As Assistentes Sociais entrevistadas são as profissionais que mais tiveram participação em todas as partes do processo e relataram que a ficha já existia dentro do serviço, porém passou somente a ser utilizada com maior frequência a partir da capacitação que participaram e, posteriormente puderam repassar seus conhecimentos aos outros profissionais.

A capacitação para preenchimento da ficha foi oferecida pelo Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV), criado através da Portaria nº 141/2012, que conta com serviços que “realizam atendimento biopsicossocial, notificação dos casos, encaminhamentos intra e intersetorial, promoção à saúde, prevenção de violência, e educação em saúde” para todas as idades, gêneros e etnias, não somente para a vítima, mas também para o autor da violência, sendo um ponto de referência para o envio de todas as fichas de notificação (ASSUNÇÃO, 2016; SILVA; STROHER; ANDRÉEV, 2017; SOUZA, 2016).

*“Há... uns dois anos, nós fomos convidados pra fazer um (...) treinamento pela equipe do Programa de Atenção à Violência (...) pra apresentar algumas modificações que foram feitas (...) na ficha, que já existia anteriormente, mas... não era levado (...) com muita atenção né (...) O serviço foi convidado a levar (...) dois servidores pra esclarecer a importância dessa notificação. (...) Trouxemos o material, repassamos na reunião de equipe e expusemos principalmente que isso não era uma coisa exclusiva de quem foi assistir a reunião (...) a gente tinha a obrigação de fazer... era disseminar a informação de que todo mundo podia e deveria se apropriar do material.” (Profissional 1)*

*“(...) Eu tô aqui tem cinco anos, eu acredito que ele já existia aqui (...) Há uns dois anos atrás, um ano e meio mais ou menos (...) alguma coisa do Ministério da Saúde com a Secretaria chamou né, pessoas da equipe pra participar de uma capacitação. Na época fomos (...) a psicóloga e eu, então nós (...) ficamos dois dias em capacitação à respeito do novo formulário e aí (...) nós repassamos (...) pra equipe, só que mesmo a gente repassando (...) ainda não acontece como deveria acontecer. (...) No final do ano, eu fui novamente pra uma capacitação que foi no PAV, que fez com a gente, que (...) é um do Ministério da Saúde (...) “Caminhos do Cuidado”, na questão da violência.” (Profissional 2)*

Sob uma diferente perspectiva, outra profissional do serviço foi uma dos profissionais que obtiveram informações sobre a ficha por meio de uma explanação que foi realizada por uma servidora do PAV em um dia de reunião de profissionais no CAPS e através do apoio das Assistentes Sociais participantes da capacitação, que é importante tanto para um preenchimento de boa qualidade na ficha bem como para o manejo dos casos (LUNA; FERREIRA; VIEIRA, 2010):

*“Aqui no serviço... veio - eu não lembro se ela era Assistente Social - -... eu sei que ela é do Programa de Violência. Ela veio um dia de reunião, trouxe a ficha e explicou como que procedia, né, como que a gente poderia é... preencher e tal, e aí foi só um dia de reunião, que aí passou na verdade pra toda a equipe, mas assim... foram, não foram, não são todas as pessoas que tiveram acesso. Nesse dia, eu estava e aí ela... ela foi mostrando como que preenchia, o quê que era importante, o quê que não era e aí pra onde a gente enviava a ficha, né?” (Profissional 4)*

Partindo de uma vivência diferente às demais profissionais, o profissional entrevistado alegou não ter conhecimento do modo como ocorreu a implantação da ficha no serviço e nem como a mesma foi criada, assim, não discorrendo muito sobre o assunto.

Sendo assim, com a análise das transcrições das entrevistas, reuniu-se duas categorias de análise: facilidades e dificuldades dos profissionais na aplicação da ficha em demandas do serviço.

#### **4.2. Facilidades e dificuldades dos profissionais na aplicação da ficha em demandas do serviço**

A partir da leitura minuciosa das transcrições das entrevistas, foram encontradas dentro dessa proposta maior de facilidades e dificuldades, duas subcategorias: a importância da capacitação para uso do protocolo e a organização do processo de trabalho frente as demandas de notificação.

##### **Importância da capacitação para uso do protocolo**

Apesar de possuírem diferentes experiências e especialidades, os profissionais possuem um aspecto em comum em relação à aplicação da ficha: as dificuldades no preenchimento e encaminhamento. Além disso, nenhum deles relataram possuir alguma facilidade, mesmo aqueles que realizaram a capacitação. Uma das profissionais participantes da pesquisa, alegou

já ter utilizado a ficha mais de vinte vezes no serviço e mesmo assim ainda possuir algumas dificuldades, como o encaminhamento das fichas e o preenchimento da mesma, a partir da demanda do usuário, de acordo com a fala abaixo.

*“Principalmente com o destino das fichas, porque nós teríamos que mandá-las pro PAV e mandar pra vigilância: sanitária e na época, a gente tinha que fazer isso pela, tinha que... tem um tempo ali naquela semana pra fazer três vias pra encaminhar pra eles, é...”* (Profissional 1)

*“(...) Outra coisa (...) muito incômoda, é que às vezes eu não consigo fazer esse, essa ficha na frente do usuário. (...) Se a gente faz isso na frente do usuário, muitas vezes ele nem permite que essa questão seja construída, a preocupação de que a pessoa (...) comete a violência (...) vai ser... responsabilizado (...) nem que a gente fale que é só pra fazer números (...) as pessoas nem sempre acreditam nisso e, preferem que a gente não mexa com isso. Então, quando eu fazia com mais, com mais... hábito, eu fazia na ausência da pessoa que tava ali dando a informação.”* (Profissional 1)

De modo oposto, a segunda profissional entrevistada referiu não possuir mais dificuldades no preenchimento da ficha, devido à realização de duas capacitações. Porém reconhece que a ficha possui complicações no preenchimento, e que é interessante que o profissional seja capacitado:

*“Eu tive (dificuldades)... mas, como eu participei de outra capacitação, eu tirei as dúvidas. (...) Mas, eu acho o formulário ainda um pouco complicado. (...) Às vezes você tem que fazer mais de um (...) às vezes tem mais de um tipo de violência. Tem uns detalhezinhos lá, que (...) num é difícil, mas que você tem que ser capacitado (...) pra usar. Porque senão você pode dar a informação errada.”* (Profissional 2)

Ao ser questionada sobre suas dificuldades e facilidades, igualmente aos outros profissionais, a Profissional 4 do serviço relatou somente dificuldades. Porém, referiu conseguir preencher a ficha com a busca de informações e com o auxílio de outros profissionais:

*“(...) É muita informação ao mesmo tempo. Então assim, eu fiquei meia perdida e aí assim, eu sempre peço ajuda à alguém, pra mim isso é tranquilo (...) O pessoal do Serviço Social sabe mais. E aí, ela foi me orientando, o que podia preencher, o quê que não podia, o que podia deixar em branco, o quê que deixa em branco e foi. Mas eu pedi orientação sim.”* (Profissional 4)

O Profissional 3 relatou ter tido a chance de preencher a ficha somente uma vez, porém não conseguiu finalizá-la. De todos os profissionais entrevistados, este aparentemente foi o que

mais apresentou dificuldades em relação à aplicação da ficha, por a mesma requisitar grande quantidade de informações, muitas vezes não se adequando ao entendimento do usuário:

*“Eu achei ela muito extensa e burocrática. Burocrática no seguinte, ela cobra muitos dados que a pessoa tem dificuldade de falar com você. (...) Elas pedem dados que (...) se a pessoa tiver uma baixa escolaridade, ela não vai saber te responder. Então, a ficha vai ficar meio que... solta. Então se você vai levar pra um outro serviço (...) então vai chegar muito incompleto faltando dados, e isso acho que pro próximo atendimento vai faltar.”* (Profissional 3)

Outra dificuldade imposta pelo entrevistado foi a falta de informação sobre a ficha no serviço, visto que o mesmo trabalha no local há oito anos e teve contato com a ficha pela primeira vez cerca de vinte dias antes da ocorrência da entrevista:

*“Tem (...) mais ou menos uns vinte dias. (...) Fui pego de surpresa. Eu não sabia... utilizar e eu fiquei pra utilizar e tive dificuldade pra caramba (...) Eu que tive que buscar informação, quem tinha foi passando a informação picado, uma informação pra lá, uma informação pra cá, até que você chega ao negócio. Então... há desinformação geral (...) eu achei que faltou uma informação geral sobre a aplicação da ficha. Até o local aonde fica a ficha, muitas vezes as pessoas não sabem onde é que tá.”* (Profissional 3)

Como perceptível, a capacitação do profissional é importante para que o mesmo sintasse seguro na realização da notificação, evitando efetuar um preenchimento equivocado, e consequentemente, repassar informações errôneas, pois apesar de não transformar a realidade imediatamente, dá visibilidade à temática da violência e suas características com o objetivo de obter resultados satisfatórios para reduzir essa problemática (GARBIN; DIAS; ROVIDA; GARBIN, 2015; CEZAR; ARPINI; GOETZ, 2017).

### **Organização do processo de trabalho frente as demandas de notificação**

O processo de trabalho em saúde é como os trabalhadores de saúde realizam a produção dos serviços, um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos mesmos, onde indivíduos e grupos constituem o objeto de trabalho. Para que isso seja realizado, o trabalhador utiliza diferentes saberes e métodos, como: o manuseamento de materiais e equipamentos de forma correta, a aplicação de conhecimentos científicos e tecnológicos e o estabelecimento de uma boa comunicação com as pessoas (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016; GIL; LUIZ; GIL, 2016).



Durante a entrevista os profissionais relataram que a insuficiência de tempo para realizar as notificações, devido à grande demanda de violência que chega ao serviço, à grande variedade de serviços que precisam realizar em seu trabalho, além da recente mudança de espaço do serviço, impactaram na organização do trabalho no serviço.

*“Ultimamente, eu não tenho feito os da ficha (...) Apesar de eu desenvolver 40 horas aqui no CAPS, tem outras coisas que a gente precisa fazer, dentro do nosso tempo, que... às vezes, a gente não consegue desenvolver essas notificações na hora do atendimento.” (Profissional 1)*

*“(...) O tempo ficou muito curto, a gente sofreu uma mudança do nosso espaço... houveram muitas modificações no processo de trabalho que inviabilizou mesmo essas notificações acontecerem com mais frequência.” (Profissional 1)*

*“(...) Aqui no CAPS aliás, se a gente for realmente usar (...) vai gastar muito tempo só fazendo isso. Porque os casos são... constantes. (...) Pelo o que eu entendi de violência nas capacitações que participei, entra desde negligência... né, até outros tipos de violência. Então... é muita coisa.” (Profissional 2)*

Sendo assim, é imaginável que haja muitas subnotificações no serviço, configurando-se como um problema grave por invisibilizar a violência, assim tornando os dados epidemiológicos insuficientes, dados estes importantes para a criação ou reformulação de ações e políticas públicas sobre a temática (KIND; ORSINI; NEPOMUCENO; GONÇALVEZ; SOUZA; FERREIRA, 2013).

Outro ponto discorrido durante a entrevista refere-se a busca por auxílio/ajuda no momento do preenchimento e na falta de empoderamento dos outros profissionais da equipe acerca da temática da violência, ou seja, existe no contexto do trabalho, a transferência da notificação para determinada categoria profissional. Também é perceptível que as Assistentes Sociais do serviço são quem mais possuem experiências e vivências com demandas de violência, ideia que corrobora com o estudo de Valadares e Souza (2015), que teve como objetivo verificar o que é a violência em distintas categorias profissionais e em como o tema é retratado durante a graduação. Sobre essa questão:

*“(...) os colegas (...) que trabalham junto não vê a violência como (...) um tema da obrigatoriedade de toda uma equipe. parece que assim, aconteceu um contexto violento, manda chamar o assistente social que ele vai fazer a obra aqui né... então notificar também passou a ser uma coisa exclusivamente do assistente social e isso, foi um problema pra equipe, é um problema da equipe, na verdade...” (Profissional 1)*

*“(...) Sempre que precisa fazer uma notificação eles correm atrás... de mim, porque agora só eu. (...) E aí eles ficam “ai, como que tem que fazer? (...) Eu acho que eles (equipe) (...) recorrem muito (...) às Assistentes Sociais. Entendeu? Porque sempre que envolve rede, eles acham sempre que a gente (...) lida melhor com isso. Realmente. O Serviço Social em qualquer lugar, a gente vai lidar com rede. Não é só na saúde mental, mas aí eles associam muito isso e a violência não tem como a gente trabalhar a violência sozinha...” (Profissional 2)*

*“Infelizmente a equipe não se propõe a fazer, às vezes até pergunto assim: “Ah, vocês fizeram a notificação dessa ficha?” Assim... é um fazer bem passar pra frente mesmo né, a equipe não tá sensível ainda a perceber que a questão da notificação facilita a constituição de política pública (...) pra esse problema. Então parece que é mais um fazer, parece que é mais um número, mais uma coisa que não vai dar em nada. A equipe não se deu conta ainda que é a partir daí que as coisas vão passar a mudar e vai protelando mesmo, vai jogando pra frente, deixando passar, e eu acho que essa conversa deveria acontecer, deveria deixar de ser um problema só do profissional do Serviço Social, deixar de ser um problema só assim, de quem tá trabalhando naquela demanda, naquele momento e passar a ser uma coisa mais aberta.” (Profissional 1)*

Por outro lado, a Profissional 4 do serviço considera que o trabalho em equipe no CAPS é satisfatório, com a existência de interdisciplinaridade na equipe não somente em relação aos casos que exigem notificação, mas nos casos em geral.

*“A gente se ajuda uma a outra, né. Os profissionais são bem acessíveis nesse sentido. (...) Eu sempre pergunto, eu não tenho dificuldade nenhuma. “Ah, eu tô com dúvida nisso, como é que eu faço, quê que eu faço.” Eu sempre levo pra reunião, sempre levo pra equipe pra gente discutir, entender os casos.” (Profissional 4)*

Por fim, os profissionais expressaram várias críticas acerca da ficha de notificação, em relação à redução de informações solicitadas, tornando-a mais simples e assim facilitando seu preenchimento, e em relação à uma maior orientação de encaminhamento das fichas, bem como a capacitação dos profissionais do serviço para aprimoramento e segurança no preenchimento da mesma, com uma maior proximidade do instrumento e de seus termos, e no manejo de demandas relacionadas à violência.

Para facilitar a acessibilidade e a adesão do profissional no preenchimento da ficha e consequentemente, trazer uma maior frequência da realização de notificações, a Profissional 4 sugeriu que a ficha de notificação da violência seja anexada junto à ficha de acolhimento, visto que o último é utilizado diariamente no serviço.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho buscou conhecer o histórico da implantação da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada em um CAPS II, além das dificuldades e facilidades dos profissionais de saúde deste serviço em aplicá-la na saúde mental.

Conclui-se que os profissionais possuem diferentes vivências em relação à chegada e ao uso da ficha no serviço, sendo necessário uma capacitação destes, para que todos os requisitos da ficha sejam compreendidos e até mesmo o manejo dos casos seja feito de modo mais satisfatório.

Inferir-se também que apesar da ficha estar inserida no serviço há quase dois anos, a mesma ainda não é utilizada com frequência, ainda havendo a realização de subnotificações. A falta de interdisciplinaridade entre a equipe no preenchimento e aplicação da ficha também é um fator preocupante, visto que uma intervenção de sucesso é mais facilmente alcançada quando trabalha-se em equipe. Além disso, os relatos de dificuldades por parte dos profissionais foram superiores aos relatos de facilidades, este último sendo quase nulo, tornando-se assim um dado de pesquisa e um tema a ser aprofundado posteriormente.

Capacitar os profissionais e tornar a notificação um tema de importante frequência no serviço pode contribuir para um maior conhecimento dos profissionais em torno da temática, assim também facilitando o manejo dos casos e um trabalho interdisciplinar mais efetivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, S. G., AVANCI, J. Q., PESCE, R. P., PIRES, T. O., GOMES, D. L. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a12v17n9.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

ASSUNÇÃO, R. M. **O NEPAV como referência em atendimento de casos de violência contra a mulher no Distrito Federal**. 2016. 15f. Monografia (Especialização em Gestão Pública na saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15384/1/2016\\_RaianeMarraAssuncao\\_tcc.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/15384/1/2016_RaianeMarraAssuncao_tcc.pdf)>. Acesso em: 24 jun. 2018.

BARRETO, M. R. D.; TESTON, E. F.; LATORRE, M. R. D. O.; MATHIAS, T. A. F.; MARCON, S. S. Mortalidade por acidentes de trânsito e homicídios em Curitiba, Paraná, 1996-2011. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 25, n. 1, p. 95-104, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n1/2237-9622-ress-25-01-00095.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. **Lei Nº 11.340 de 7 de Agosto de 2006**. Brasília, DF, 08 ago. 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)>. Acesso em: 16 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência Orientações para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: MS; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/2001. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 737/2001** - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 09 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva:** instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.mppe.mp.br/caravanadapessoaidosa/wp-content/uploads/2016/04/viva\\_instrutivo\\_not\\_viol\\_domestica\\_sexual\\_e\\_out.pdf](http://www.mppe.mp.br/caravanadapessoaidosa/wp-content/uploads/2016/04/viva_instrutivo_not_viol_domestica_sexual_e_out.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva:** instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/16/instrutivo-ficha-sinan-5-1--vers--o-final-15-01-2016.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto\\_violencia.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático prevenção da violência e cultura da paz**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, 2011.

BRASIL. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a pessoa idosa**. Brasília; Brasil; 2005. Disponível em: <[http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/11.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/11.pdf)>. Acesso em: 16 mai. 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

CAMPOS, I. O.; ZANELLO, V. Saúde mental e gênero: O sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. **Vivência: Revista de Antropologia**, Rio Grande do Norte, n. 48, p.105-118, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/11505/8096>>. Acesso em: 22 mai. 2018.

CARNEIRO, A. A.; FRAGA, C. K. A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: da violência denunciada à violência silenciada. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 110, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n110/a08n110.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

CARNEIRO, G. M. A.; SOUZA, A. R.; PONTES, J. R. S.; LIRA, S. V. G.; MAGALHÃES, P. H. **Violência e saúde mental: sofrimento psíquico durante situação de crise**. Curso de Curso de Enfermagem, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2013. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/261.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2018.

CEZAR, P. K.; ARPINI, D. M.; GOETZ, E. R. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 432-445, Junho, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0432.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência por parceiro íntimo: definições e tipologias** [recurso eletrônico]. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <[https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/143561/mod\\_resource/content/18/MOOC-Tipologias-comficha.pdf](https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/143561/mod_resource/content/18/MOOC-Tipologias-comficha.pdf)>. Acesso em: 16 mai. 2018.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0064.pdf>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

FOWLER, K.A; DAHLBERG, L. L.; HAILEYESUS T.; ANNEST, J. L. Firearm injuries in the United States. **Prev. Med.**, p. 5-14. out. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700838/>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1879-1890, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1879.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

GIL, C. R. R.; LUIZ, I. C.; GIL, M. C. R. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016. Disponível em: <[http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros\\_isbn/isbn\\_gp02.pdf](http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_gp02.pdf)>. Acesso em: 03 jul. 2018.

KIND, L.; ORSINI, M. L. P.; NEPOMUCENO, V.; GONÇALVES, L.; SOUZA, G. A.; FERREIRA, M. F. F. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, Sep. 2013.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 481-491, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a25.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2018.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Rev Saude Pública**, v. 41, n. 4, p. 591-597, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5594.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. – 11 ed. – São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema de saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/OPAS, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência 2014**. Núcleo de Estudos da Violência (Trad.). São Paulo; 2015.

PAIVA, A.C.R; SANTOS, V.R.P; SANTOS, S.M. **Violência doméstica e as implicações na saúde física e emocional de mulheres**: inferências da enfermagem. XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2014. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/23020192.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

PEDROSA, M.; ZANELLO, V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, 2016. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24581/5/ARTIGO\\_%28In%29visibilidadeViolenciaMulheres.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/24581/5/ARTIGO_%28In%29visibilidadeViolenciaMulheres.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2018.



PERES, M. F. T. Prevenção, Atenção e Controle de Violências Interpessoais Comunitárias, in Jairnilson Silva Paim; Naomar de Almeida Filho (orgs.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1a ed. Rio de Janeiro, MedBook, 2014.

SILVA, M. M. D.; STROHER, L. M. C.; ANDRÉEV, W. G. A. Assistência e Vigilância em Violência do Distrito Federal sob a ótica do monitoramento e avaliação. **Saúde em Debate**. v. 41, n. spe, p. 372-386, 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0372.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0372.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2018.

SOUZA, F. B. C.; DREZETT, J.; MEIRELLES, A. C.; RAMOS, D. G. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprod Clim.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p.98-103, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S141320871300006X>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SOUZA, M. A. O. **Atendimento a mulheres vítimas de violência sexual no Programa de Pesquisa, Assistência e Vigilância à Violência (PAV) no Distrito Federal**. 2016. 68 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/17379/1/2016\\_MarizaAparecidaSouza\\_tcc.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/17379/1/2016_MarizaAparecidaSouza_tcc.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **The 2001 Global Study on Homicide**. Viena: UNODC; 2011. Disponível em: <[http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/Global\\_study\\_on\\_homicide\\_2011\\_embargoed.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/Global_study_on_homicide_2011_embargoed.pdf)>. Acesso em: 13 mai. 2018.

VALADARES, F. C.; SOUZA, E. R. A violência que interroga a rede de saúde mental a partir da visão dos seus conselhos profissionais. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 7, n. 16, p.95-116, 2015. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/2615/4330>>. Acesso em: 01 jul. 2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015:** Homicídio de Mulheres no Brasil. 2015. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf). Acesso em: 16 mai. 2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2016:** homicídios por arma de fogo. Rio de Janeiro: FLACSO/CEBELA; 2016. Disponível em: [https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016\\_armas\\_web.pdf](https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf). Acesso em: 16 mai. 2018.

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## **APÊNDICE A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- 1) Como foi o processo de implantação da ficha dentro do serviço?
- 2) Você teve algum tipo de treinamento/explicação em momento anterior à utilização da ficha?
- 3) Você se lembra a primeira vez que utilizou a ficha?
- 4) Teve alguma dificuldade? E facilidade?
- 5) Com que frequência você utiliza a ficha?
- 6) Qual tipo de violência é mais recorrente dentre os casos que você notificou?
- 7) Você ainda possui alguma dificuldade na aplicação da ficha? E facilidades?
- 8) Algum dos casos que você notificou, marcou a sua vida profissional?
- 9) Como se dá o trabalho em equipe em relação à ficha?
- 10) Qual sua crítica/sugestão/opinião acerca da ficha?

## ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP ICH/UNB

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS / UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA / CAMPUS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Implicações entre gênero e saúde mental: uma leitura dos diagnósticos e do sofrimento dos Usuários do CAPS Taguatinga

**Pesquisador:** Ioneide de Oliveira Campos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30378314.8.0000.5540

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia -UNB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 692.165

**Data da Relatoria:** 30/05/2014

#### Apresentação do Projeto:

O projeto propõe pesquisa de cunho quantitativo e qualitativo sobre as relações de gênero e saúde mental no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Taguatinga-DF. Para isso serão considerados sintomas, diagnósticos e vivências de usuárias e usuários do Centros de Atenção Psicossocial II de Taguatinga sob a perspectiva de gênero na vida cotidiana dos usuários e usuárias desse serviço.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Geral:** Comparar os sintomas, diagnósticos e vivências de usuárias e usuários do Centros de Atenção Psicossocial II de Taguatinga sob a perspectiva de gênero. **Específicos:**

Caracterizar o Centro de Atenção Psicossocial de Taguatinga: estrutura organizacional e a dinâmica da atenção em saúde mental; Levantar o percentual de mulheres e homens;

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto considera a possibilidade de riscos na pesquisa no que se refere à exposição dos pacientes a eventuais experiências de sofrimento rememoradas. Caso isso ocorra, considera-se que serão tomadas medidas para buscar minimizar-se essas situações, inclusive prestando assistência psicológica aos pacientes caso necessário.

Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados das pesquisas ao serem compartilhados com

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - ICC - ALA NORTE - MEZANINO - SALA B1 - 606 (MINHOÇÃO)  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3307-2760 **E-mail:** ihd@unb.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS  
HUMANAS / UNIVERSIDADE  
DE BRASÍLIA / CAMPUS



Continuação do Parecer: 552,165

os agentes do CAPS poderão contribuir para a melhoria do serviço prestado aos pacientes, sobretudo no que se refere a uma compreensão mais ampla dos implicativos no acolhimento referentes a saúde mental e gênero.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta uma discussão acerca do desenvolvimento histórico de políticas voltadas a saúde mental no Brasil até a criação dos CAPS para logo em seguida propor uma pesquisa de dupla entrada qualitativa e quantitativa. Em que serão analisados os prontuários dos pacientes do CAPS, nesse contexto qualquer informação que possa identificar os pacientes serão descartadas. Em seguida serão realizadas entrevistas semi estruturadas com um número reduzido de pacientes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos foram apresentados de acordo com as especificações do CEP-H.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto especificou onde serão realizadas as entrevistas, assim como atualizou seu cronograma e informou sobre quem fará o primeiro contato com os pacientes.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BRASÍLIA, 19 de Junho de 2014

---

Assinado por:  
Soraya Fleischer  
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO • ICC 4 ALA NORTE 4 MEZANINO 4 SALA B1 4 606 (MINHOÇÃO)  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3307-2760 E-mail: ihd@unb.br

## ANEXO B – FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

**DEFINIÇÃO DE CASO:** Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação <div style="text-align: right;">2 - Individual</div>		2 Agravado/doença <div style="text-align: center;"><b>VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA</b></div>		Código (CID10) <div style="text-align: center;"><b>Y09</b></div>	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)			
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência			
	8 Nome do paciente		9 Data de nascimento				
<b>Notificação Individual</b>	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica						
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe				
	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito						
<b>Dados de Residência</b>	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1			
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)			
<b>Dados Complementares</b>							
<b>Dados da Pessoa Atendida</b>	31 Nome Social		32 Ocupação				
	33 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado						
<b>Dados da Ocorrência</b>	34 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)		3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	35 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual		3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado	
	36 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		37 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento		1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes		
	38 UF	39 Município de ocorrência		Código (IBGE)	40 Distrito		
	41 Bairro		42 Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
<b>Dados da Ocorrência</b>	43 Número	44 Complemento (apto., casa, ...)		45 Geo campo 3		46 Geo campo 4	
	47 Ponto de Referência		48 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	49 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)			
	50 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado		51 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
			52 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados da provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado 61 Vínculo/graude de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino 2- Feminino 3- Ambos os sexos 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
	69 Data de encerramento		
<b>Informações complementares e observações</b>			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/graude de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100			
Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____			
Nome _____ Função _____ Assinatura _____			
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			



**ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
TCLE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado(a) Voluntário(a),

Você está sendo convidado(a) à participar da pesquisa intitulada: **"O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA EM UM CAPS II"**. Esta pesquisa será realizada pela aluna do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília, Flávia de Souza Viriato e sua orientação será feita pela Professora Dra. Ioneide de Oliveira Campos.

O objetivo principal da pesquisa é analisar a implantação e implementação do formulário sobre notificação da violência em um CAPS II, e seus resultados serão divulgados por meio de um trabalho de conclusão do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília. Os dados utilizados ficarão armazenados em um banco de dados sob a responsabilidade da pesquisadora.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será por meio de uma entrevista, que será gravada em áudio, com um tempo estimado de 30 (trinta) minutos para a sua realização, que o(a) senhor(a) deverá responder no local e data combinados de sua preferência. O(a) senhor(a) tem a garantia de receber esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa, tendo a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento e por qualquer motivo e deixar de participar do estudo sem que isto acarrete prejuízo à sua pessoa.

Se (o)a senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor contate a pesquisadora principal Flávia de Souza Viriato através do telefone: (61) 98416-8875 ou pelo e-mail: flaviaviriato@gmail.com.

Dessa forma, fui informado(a) e estou ciente que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes sobre pesquisa e que todos os dados ao meu respeito serão confidenciais e poderão ser utilizados para fins acadêmicos. Fui informado(a) que posso me

retirar do estudo a qualquer momento sem nenhuma restrição ou prejuízos e que a pesquisa não traz risco algum à saúde.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável e a outra com o sujeito da pesquisa. O Termo de consentimento possui duas folhas, no qual devem ser assinadas pela pesquisadora e pelo sujeito da pesquisa.

Brasília, \_\_ de \_\_\_\_ de 2018

---

Assinatura do (a) participante

---

Assinatura da pesquisadora